



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

"Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

AUTOR

María del Carmen MURRUGARRA TORRES

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Murrugarra M. Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

*A mi linda hijita Karina, que es mi alegría y
felicidad. Es el rayo de luz que me
ilumina todo el día llenando
todos mis momentos de
dulce calma y paz.*

*A mi amado esposo, que es el regalo de Dios.
Es lo mejor de mi vida y me acompaña
en todo momento brindándome
amor y ternura.*

*A mis padres, quienes me dieron la vida
y me guiaron por el camino de Dios,
el amor y la sabiduría.*

*A mis suegros, que son un ejemplo
de trabajo y tesón acompañados
de abundante cariño.*

*A mis hermanos, cada uno con sus
exquisitas diferencias llenas
de puro amor.*

*A mis cuñados, personas con una
gran influencia de respeto
y perseverancia.*

ÍNDICE

Título.....	i
Dedicatoria.....	ii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas y gráficos.....	vi
Resumen.....	vii
Presentación.....	1
 CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	 3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	7
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo General	
1.3.2. Objetivos Específicos	
1.4. Justificación.....	7
1.5. Propósito.....	9
1.6. Marco Teórico.....	9
1.6.1. Antecedentes del Estudio.....	9
1.6.2 Base Teórica.....	13
1.6.2.1. Cuidados de Enfermería.....	13
1.6.2.2. Adenoma Benigno de Próstata.....	20
1.6.2.3. El Conocimiento.....	30
1.7. Hipótesis.....	36
1.8. Definición Operacional de Términos.....	36
 CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO.....	 38

2.1. Tipo, Nivel y Método de Estudio.....	38
2.2. Sede de Estudio.....	39
2.3. Población y/o Muestra.....	41
2.4. Técnicas e Instrumentos de Recojo de datos.....	42
2.5. Plan de Recojo, Procesamiento y presentación de datos.....	44
2.6. Plan de Análisis e Interpretación de datos.....	45
2.7. Consideraciones Éticas.....	45
 CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	 47
3.1. Datos Generales.....	47
3.2. Datos Específicos.....	47
 CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	 54
4.1. Conclusiones.....	54
4.2. Limitaciones.....	55
4.3. Recomendaciones.....	55
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 56
 BIBLIOGRAFÍA.....	 59
 ANEXOS.....	 62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, NOVIEMBRE – DICIEMBRE LIMA – PERÚ.....	46
------------	--	----

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como título “Determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008”; este trabajo fue realizado durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2008. Se originó basándose en las observaciones realizadas por la investigadora en los que apreció que las enfermeras tenían diferencias entre ellas en priorizar los cuidados a los pacientes postoperados de adenomectomía prostática.

El paciente sale de sala de operaciones bajo efectos de la anestesia y con un sistema de irrigación continuo que supone el cambio del frasco de cloruro de sodio frecuentemente, mantener permeable el sistema de irrigación, prevenir la infección entre otras acciones que la enfermera tiene que conocer para favorecer la óptima recuperación del paciente.

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

La investigación corresponde a un estudio aplicativo con enfoque cuantitativo; por la naturaleza del problema pertenece a un nivel aplicativo debido a que los resultados nos permitirán mejorar la práctica de las enfermeras. El diseño de la investigación es de corte transversal debido a que estudiará las variables simultáneamente en un determinado periodo de tiempo.

Las conclusiones de la investigación son las siguientes:

- La mayoría de las enfermeras de sala de operaciones y recuperación tienen un nivel de conocimientos medio, tendiente a bajo. Esta apreciación es una información que tiene como implicancia el desarrollo de los cuidados de enfermería con ciertas limitaciones debido al nivel de conocimientos que manejan la mayoría de las enfermeras.
- El área crítica del conocimiento sobre los cuidados estuvo relacionada al cuidado humanizado.
- Existe una minoría de enfermeras que tiene un nivel de conocimientos alto, esto demuestra que hay enfermeras que conocen las características propias del paciente postoperado de adenomectomía prostática, la individualidad del paciente y las características especializadas del cuidado.

PRESENTACIÓN

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la Hiperplasia Benigna de Próstata constituye un problema de salud pública fundamental; su prevalencia aumenta a medida que el hombre envejece, por este motivo la situación puede incluso convertirse en un problema más apremiante a medida que la población envejece.

En EE.UU. se realizan unas 400.000 resecciones transuretrales de próstata al año y según estudios realizados a nivel internacional, se evidencia que el 80% de pacientes acuden a la consulta urológica cuando el crecimiento de la próstata ha alcanzado magnitudes que ocasionan problemas urinarios como disuria, polaquiuria y entre ellos, el 20% cursa con retención urinaria que es la complicación más dramática del crecimiento benigno de la glándula prostática.

Debido a la gran incidencia de adenomectomías de próstata tanto a nivel internacional como nacional y conociendo que la población susceptible son los hombres mayores de 50 años que sino se tratan a tiempo pueden padecer de severas complicaciones; se generó la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimientos sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática de las enfermeras del Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de los conocimientos sobre los cuidados de enfermería y describir el área crítica de los conocimientos sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática de las enfermeras de Sala de Operaciones y Recuperación del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Esta investigación propone favorecer la práctica de las enfermeras debido a que son las que lideran los cuidados a los pacientes.

El presente trabajo de investigación consta de cuatro capítulos:

El Primer capítulo detalla el problema, los objetivos, la justificación, el propósito, el marco teórico, la hipótesis y la definición operacional de términos.

El Segundo capítulo especifica el material y método del estudio: el tipo, nivel y método de estudio, datos relacionados a la sede y la muestra de estudio en la que se señala que participaron 30 enfermeras, técnicas e instrumentos de recojo de datos, procesamiento y presentación de los mismos. Así como el análisis e interpretación de los datos y las consideraciones éticas.

El tercer capítulo desarrolla los resultados y la discusión de los mismos, en los que se analizan los datos generales y específicos.

El Cuarto capítulo presenta las conclusiones en los que se detallan tres conclusiones, las limitaciones de la investigación y las recomendaciones que se consideran importantes para incrementar el campo de la investigación y mejorar el nivel de conocimientos de los cuidados de enfermería a los pacientes postoperados de adenomectomía prostática.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos donde se presentan las tablas y gráficos, el cuestionario, la tabla de matriz tripartita entre otros anexos importantes.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El crecimiento benigno de la glándula prostática o Hiperplasia de Próstata Benigna (HPB) es una condición patológica que acompaña al individuo de sexo masculino con el aumento de la edad. Este fenómeno natural determina síntomas urinarios de intensidad variable en alrededor de 2/3 de los hombres, los que en oportunidades requieren de los tratamientos llamados invasivos, dado que el médico de alguna forma penetra en el organismo enfermo con cirugía tradicional, endoscópica o la llamada tele cirugía, a través de calor, microondas u otras formas de energía. (1)

La frecuencia de la HPB ha aumentado en los países desarrollados, debido al envejecimiento de la población por el incremento en la esperanza de vida. La cirugía, el tratamiento más frecuente de la HPB, se realiza desde el siglo pasado. El tratamiento quirúrgico se lleva a cabo para mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad secundaria a la HPB. Se ha estimado que la probabilidad de que a un hombre de 40 años se le practique esta cirugía antes de que llegue a los 80 es de uno de cada 10 en el Reino Unido y uno de cada 3 en EE.UU. Más del 90 % de las intervenciones quirúrgicas se realizan por vía transuretral. En EE.UU. se realizan unas 400.000 resecciones transuretrales de próstata al año, cuyo coste asciende a más de 4 millones de dólares. En España, se calcula un número de 40.000 resecciones transuretrales de la próstata anuales que suponen un gasto aproximado de 60 millones de dólares. (2)

Según estudios realizados a nivel internacional, se evidencia que el 80% de pacientes acuden a la consulta urológica cuando el crecimiento de la próstata ha alcanzado magnitudes que ocasionan problemas urinarios como disuria, polaquiuria y entre ellos, el 20% cursa con retención urinaria que es la complicación más dramática del crecimiento benigno de la glándula prostática. Así mismo, se tiene que un 29.7 por cada 100.000 hombres de más de 45 años mueren en Alemania del Este debido a las complicaciones del adenoma benigno de próstata. (3)

Dada la alta prevalencia de la Hiperplasia Benigna de Próstata en la población general, constituye un importante factor en términos de morbilidad, mortalidad y gastos en salud. Dicha prevalencia ha sufrido un incremento considerable en los últimos 50 años a medida que la esperanza de vida promedio cada vez va en aumento fundamentalmente en países desarrollados, considerando actualmente que uno de cada 2 varones alcanza la edad a la cual se tiene un 88% de posibilidad de tener una glándula prostática con características morfológicas de HPB, infiriendo que dicho porcentaje es menor en países en desarrollo. (4)

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la HPB constituye un problema de salud pública fundamental; su prevalencia aumenta a medida que el hombre envejece, por este motivo la situación puede incluso convertirse en un problema más apremiante a medida que la población envejece.

Cada año, sólo en Estados Unidos se registran unos 4 millones de consultas médicas y más de 370,000 hospitalizaciones, según algunos estudios; sin embargo, otros estudios revelan que unos 5 millones de hombres estadounidenses podrían llenar los requisitos para discutir una opción de tratamiento de HPB y esta cifra podría aumentar a 8 millones para el año 2010.

(4)

Antiguamente, alrededor de los años sesenta, en el Hospital Sótero del Río en San José, el 30% de los pacientes consultaba en retención urinaria o con una infección. La mortalidad postoperatoria era del 5%, las infecciones de la herida operatoria alcanzaban al 70% y las fístulas al 30%. La estadía promedio era de 30 días. En la actualidad, se sigue teniendo consultas tardías, en las cuales el crecimiento de la próstata es tal que ocasiona problemas urológicos de gran magnitud, pero a diferencia del pasado, los días de hospitalización han disminuido entre 5 a 7 días. Estos días son donde la enfermera entra liderando los cuidados del paciente aplicando su rol asistencial y dentro de este ejecutando el Proceso de Enfermería.

Algo notorio que se aprecia en estudios nacionales es que los síntomas interrumpen las actividades de la vida diaria o el sueño, crean ansiedad o reducen la percepción de una buena salud en general, la calidad de vida puede disminuir perceptiblemente. Los hombres que se ven afectados en un gran porcentaje aún se encuentran en la vida laboral, esto se aprecia porque la próstata comienza a aumentar de tamaño durante la edad madura en la mayoría de los hombres e incluso antes en algunos. Los datos de los cinco estudios de autopsias más importantes (Berry, Coffey, Walsh, 1984) sobre 1.075 glándulas prostáticas, demuestran que el aumento de tamaño que conduce a la hiperplasia benigna de

próstata puede iniciarse a los 25 o 30 años con una prevalencia del 10% a esta edad. Al aumentar la edad, la prevalencia de la hiperplasia benigna de próstata histológicamente identificable aumenta de forma que a los 60 años es superior al 50%. A los 85 años, la prevalencia de la HBP es del 90%. (3)

El tratamiento de elección en esta patología cuando ha aumentado significativamente el tamaño de la glándula es la adenomectomía prostática y dentro de esta operación existen varias técnicas para realizarla.

En las instituciones de salud a través del equipo de salud, el cuidado se da de manera integral, siendo la enfermera el ente principal de los cuidados brindados al paciente.

Los cuidados que brinda la enfermera se han ido modificando a través del tiempo en relación a los avances científicos y tecnológicos, motivo por el cual es necesario que la enfermera esté actualizada. Los cuidados de enfermería óptimos permitirán la recuperación del paciente favoreciendo que la estancia hospitalaria sea corta. En consecuencia el paciente se integrará prontamente a sus actividades diarias reduciendo los gastos familiares e institucionales.

Por tal motivo podemos decir que la enfermera con sus conocimientos científicos puede aportar significativamente desde todo punto de vista y este trabajo de investigación aportará algunos conocimientos en favor del paciente, las instituciones de salud y la profesión de enfermería.

En observaciones realizadas en el servicio de recuperación del Hospital Nacional Cayetano Heredia; se aprecia que las enfermeras realizan los cuidados de enfermería al paciente postoperado inmediato de adenomectomía prostática de diferente manera cada una, algunas priorizan las funciones vitales y luego esperan un momento para observar la irrigación, otras priorizan tanto las funciones vitales como la irrigación. También se observa que se presentan en

algunos casos oclusiones de la sonda Foley las cuales son ordeñadas y que el cloruro de sodio de la irrigación permanece vacío por unos minutos.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática.
2. Describir el área crítica del conocimiento de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo está destinado a mejorar los métodos de la práctica de Enfermería, mediante la captación del área crítica del conocimiento en la atención del paciente postoperado de adenomectomía prostática.

Dentro del rol asistencial de enfermería está brindar al paciente una atención especializada, basada en la satisfacción de las necesidades. Esta atención dependerá del grado de conocimientos científicos que maneje la enfermera la cual se verá plasmada en su plan de atención.

Así mismo; en la atención de enfermería al paciente postoperado de adenoma benigno de próstata, es necesario conocer que después de realizar el control de las funciones vitales, es importante mantener óptimo el sistema de irrigación y evaluar el drenaje por la sonda Foley.

Sabemos que una inadecuada irrigación o posición de la sonda Foley, puede provocar una obstrucción en la misma, manifestándose en una complicación en el paciente, entre las que tenemos desde una hemorragia, globo vesical, dolor intenso relacionado a la retención urinaria.

Por ello es importante que se determine el nivel de conocimientos de la enfermera sobre el cuidado del paciente postoperado de adenoma benigno de próstata para detectar las áreas críticas y suplirlas con acciones de diferente índole para evitar las complicaciones en los pacientes que en su mayoría son de edad avanzada y que abarcan un gran porcentaje de la población del país.

Si la enfermera maneja un conocimiento especializado para atender al paciente operado de adenomectomía prostática, esto favorecerá en garantizar una atención especializada generando una adecuada recuperación, todo esto traerá como consecuencia que el paciente se recupere prontamente y esté menos tiempo hospitalizado y sin presentar complicaciones agregadas.

1.5. PROPÓSITO

Después de identificar el nivel de conocimientos de la enfermera en el manejo del paciente operado de adenoma benigno de próstata, se describirá las áreas críticas que son en las que han encontrado las dificultades para el manejo; en consecuencia, esta investigación tiene como propósito elaborar un Protocolo de Atención de Enfermería dirigido al paciente operado de Adenoma Benigno de Próstata con la finalidad de que la enfermera brinde al paciente una atención especializada.

Este protocolo describirá los cuidados que la enfermera tiene que conocer para brindar una atención de especializada. La enfermera del servicio de Recuperación, recibe al paciente postoperado inmediato y le brinda los cuidados necesarios para su recuperación. Estos cuidados son básicos y vitales, los cuales favorecen la salud del paciente.

1.6. MARCO TEÓRICO

1.6.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En la actualidad son pocos los trabajos relacionados directamente con el nivel de conocimientos de las enfermeras en la atención del paciente operado de adenomectomía prostática. Pero si hay muchos estudios relacionados a medir el nivel de conocimientos de las enfermeras en diferentes aspectos.

Se encontró diversos estudios relacionados con el nivel de conocimientos en la atención a pacientes postoperados entre los cuales tenemos:

- **Participación de enfermería en la disminución de la morbilidad post-operatoria inmediata en pacientes de Cirugía Abdominal, su**

autora: Nancy Angélica Tejado Ovalle (5), tuvo como objetivos medir la efectividad del modelo de atención post operatoria inmediata del paciente sometido a cirugía abdominal, disminuir las molestias post-operatorias que se presentan en el periodo inmediato que permiten garantizar una evolución post-operatoria óptima, facilitar la recuperación del paciente a través de una evolución con menos complicaciones que se refleje en la deambulación precoz del paciente y disminuir la estancia de internamiento del paciente sometido a cirugía abdominal. En este estudio la autora llegó a la conclusión de que la calidad de atención de enfermería a través del modelo de atención post-operatoria inmediata fue evidente a través de la evolución de los pacientes y que el modelo de atención post-operatoria inmediata permitió una mejor evaluación del paciente observándose una disminución de las molestias post-operatorias, la precoz restitución de su independencia física y seguridad. Así mismo, la autora recomendó que se continúe aplicando el modelo de atención post-operatoria inmediata a fin de elevar la calidad de atención de enfermería y permitir reajustar aquellos aspectos sin relevancia.

- **Calidad de atención de enfermería a pacientes operados de cirugía vascular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y de Cemena**, realizado el año 1996 por María Luisa Llanco Sulca, tuvo como objetivos principales determinar la satisfacción de los pacientes respecto a la atención que le brindaron las enfermeras de Cemena y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y determinar las características sociodemográficas, situación laboral y conocimiento de las enfermeras que laboran en recuperación. Para este trabajo la autora se planteó la hipótesis de que la atención del profesional de enfermería basado en la metodología del proceso de atención de enfermería debe ser óptima y a mejor atención del profesional de enfermería mayor satisfacción de los pacientes.

- **Atención de enfermería en pacientes Prostatectomizados en el Hospital Bravo Chico**, autoras: Rosario Caballero Vargas, María Chávez Cabrera, Carmen Granda Robles (6), este trabajo tuvo como finalidad identificar la atención de enfermería a pacientes post-operados de hipertrofia prostática y contribuir para que el personal de enfermería brinde una atención reduciendo los riesgos de complicaciones como hemorragia, infección. Llegó a varias conclusiones entre las que destaca que las enfermeras en su mayoría controlan funciones vitales, evalúan el sistema de irrigación, orientan sobre deambulación temprana, realizan higiene de genitales y realizan balance hídrico. En este trabajo las autoras recomiendan brindar orientación oportuna sobre la enfermedad a los pacientes en el preoperatorio, y los cuidados que deben tener en cuenta en el postoperatorio para facilitar su recuperación.
- **Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados postoperatorios de pacientes oncológicos del Departamento de Abdomen de los Servicios de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2005**; la autora Sheila Pasquel Soto (7) tiene como objetivos identificar el nivel de conocimientos sobre nociones de cirugías abdominales, manejo de sondas, manejo del dolor y la administración de la alimentación parenteral en los pacientes postoperados del Departamento de Cirugía de Abdomen. Realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Tuvo una población de 62 enfermeras y una muestra obtenida por un método no probabilística de 49 enfermeras. Su trabajo concluyó que las enfermeras tienen un alto conocimiento en la atención a este tipo de pacientes pero recomienda iniciar investigaciones relacionadas a los conocimientos relacionados al manejo del dolor.

- **Nivel del Conocimiento de las Enfermeras sobre el proceso de atención en el Hospital Alberto Hurtado Abadía en Tarma en el año 2005**, autora: Martha Vilca Masías (8) tiene como objetivos identificar los conocimientos que tienen sobre el Proceso de Enfermería y la aplicación del mismo. Este estudio es cuantitativo de un nivel aplicativo con un método de corte transversal ya que le permitió identificar el nivel de conocimientos en un periodo determinado. En este estudio la autora llegó a concluir que los enfermeros poseen un nivel de conocimiento medio sobre el Proceso de Atención de Enfermería y la aplicabilidad del mismo. La autora recomendó realizar estudios comparativos en relación a la coherencia entre la parte teórica y práctica de Proceso de Enfermería durante la atención al paciente.

La revisión de estos trabajos ha permitido enriquecer los conocimientos sobre la atención a los pacientes postoperados en general; así como incrementar los conceptos de los niveles del Conocimiento Humano. Esto ha favorecido para ratificar la perspectiva principal del presente trabajo de investigación.

1.6.2 BASE TEÓRICA

1.6.2.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

➤ CONCEPCIONES DE ENFERMERÍA:

Para desarrollar estas concepciones presentamos las definiciones de personas que tuvieron un papel importante y vital en el desarrollo de los

conceptos dentro de la carrera de enfermería, entonces las siguientes concepciones de enfermería son las siguientes: (15)

Florencia Nightingale se refiere a la Enfermería como la previsión de las condiciones óptimas para potenciar los procesos reparadores de la persona y prevenir la interrupción del proceso reparador.

Virginia Henderson introduce que la función específica de la enfermera es ayudar a los clientes, enfermos o sanos, a llevar a cabo las actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación, o a una muerte en paz, actividades que los clientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Dorotea E. Orem señala como un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son dependientes total o parcialmente (lactantes, niños y adultos) cuando ellos mismos, sus progenitores, sus tutores u otros adultos responsables de su cuidado ya no son capaces de prestarles o controlar su cuidado. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otro ser humano. La enfermería es la actividad deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras, una función para impulsar las condiciones humanamente deseables de las personas y sus ambientes.

Betty Neuman señala como una profesión singular en el sentido de que se ocupa de todas las variables que afectan a las respuestas del individuo a agentes estresantes, que son de naturaleza intra-, inter-, y extrapersonal. La preocupación de la enfermera es prevenir los efectos nocivos del estrés, o una vez producidos esos efectos, proteger la estructura básica del cliente y obtener o mantener un nivel máximo de bienestar. (15)

Margaret A. Neuman basa su teoría en describir que el objetivo de la enfermería no es promover el bienestar o evitar la enfermedad sino ayudar a las

personas a utilizar la fuerza o poder que poseen en su interior, conforme evolucionan hacia estadios superiores de consciencia. (16)

➤ LA ENFERMERA Y LOS CAMBIOS CIENTÍFICO – TECNOLÓGICOS:

Los acelerados cambios que vive la humanidad, exigen en primer lugar mantener una formación ética que le permita discernir frente a la gran cantidad de información y acontecimientos de diferente índole que influyen en la vida moderna.

Las diferentes corrientes de pensamiento de la enfermería, coinciden en precisar que su centro de interés es el cuidado de la persona. Ésta es considerada como un ser humano unitario, integral, poseedor de cultura y que pertenece a un entorno familiar y social. Toda persona merece un cuidado científico y humanista que exige del profesional el dominio de competencias científico y técnicas muy importantes para el trabajo a realizar.

Por todo lo expuesto se considera que la enfermera debe estar dispuesta a adquirir conocimientos día a día pero sin desvincularse de la atención humanizada al paciente.

Las teorizadoras de la escuela del cuidado humano creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

La enfermería es mucho más que Ciencia y Tecnología. Tenemos la convicción de que cualesquiera que sean los avances que el futuro nos reserva, el corazón de la práctica debe y tiene que seguir siendo el mismo: los cuidados

proporcionados por un ser humano a otros seres humanos, con conocimiento, sensibilidad y compasión.

La enfermería nunca debe olvidar que cada paciente es una persona, un ser humano y por éste sólo hecho, poseedora de dignidad; una persona que requiere satisfacer a plenitud necesidades específicas y que no es un mero receptor de asistencia sanitaria.

La responsabilidad profesional exige una evaluación de la eficacia de la práctica del profesional de enfermería, en la aplicación de conocimientos científicos y técnicos; y muy especialmente, en la calidez, el respeto, la compasión y la empatía que pone en su servicio al relacionarse con el enfermo o su familia. (17)

➤ **CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA:**

Las enfermeras debemos de satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos, cubrir todas sus necesidades a lo largo de su vida, y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos. Esta es la Filosofía que debemos de tomar todos los profesionales, para posicionar a la enfermería en la sociedad actual. Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención, pero ellos deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como el Proceso de Atención de Enfermería.

Utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente, porque no somos iguales y cada uno tiene sus necesidades de atención. Enfermería debe de estar ante todo con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

➤ CUIDADOS QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA:

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo y el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. En tal sentido Leininger (1984) refiere que "El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería." De manera que para la el Enfermero el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

Por otra parte la misma autora señala que el Cuidado son "aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupos con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana", por su parte Watson (1988) refiere que "La prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar y las consecuencias." De modo que, la Enfermera mediante los cuidados proporcionados demuestra una expresión de interés, de preocupación, compromiso y afecto por las personas enfermas.

Collière (1997) refiere que cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva. De manera que el cuidar es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se continúe y se reproduzca, de ahí, que la Enfermera, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades mediante: las Acciones de Cuidado y las Acciones Administrativas.

➤ **ACCIONES DE CUIDADO:**

Se refiere a aquellas actividades que ejecuta la Enfermera, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades fisiológicas de los pacientes hospitalizados tales como la movilización, los masajes, la higiene y confort, la administración de medicamentos, proporcionarle alimentos y realizarle el control de los líquidos ingeridos y eliminados.

Kozier (1995) señala que las mismas son la ejecución de las estrategias de Enfermería para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del cliente y van a estar dadas mediante de los cuidados que la Enfermera proporciona al paciente, los cuales van a depender de su estado de salud y por ende de las necesidades que manifieste, entre ellas: La movilización. Higiene y Confort y la Alimentación.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POST OPERADO DE ADENOMA BENIGNO DE PRÓSTATA:

En el postoperatorio aún se puede producir pérdida de sangre e hipovolemia. Su prevención, detección precoz y tratamiento es de primordial importancia para el bienestar de los pacientes y además puede reducir la necesidad de tener que efectuar transfusiones innecesarias.

Se debe prestar atención a:

- Oxígeno postoperatorio
- Monitoreo de signos vitales y del sitio quirúrgico, incluyendo drenajes
- Balance de fluidos
- Sistema de irrigación continuo
- Analgesia.

Puede ser necesario prestar consideración a:

- Re-exploración quirúrgica
- Transfusiones post-operatorias

➤ **LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS:**

Sistema Respiratorio: Se mide la frecuencia respiratoria, deben tener intervalos, capacidad vital, adecuados.

- 1) **Oxígeno:** En el periodo postoperatorio temprano, la hipoxia es un problema común, serán complicados en un paciente que ya tiene niveles de hemoglobina reducidos y en quien la hipovolemia puede estar presente. Es deseable la administración de oxígeno suplementario a todos los pacientes que se recuperan de anestesia general.
- 2) **Monitoreo:** El monitoreo de los pacientes debe continuar postoperatoriamente, dando especial atención a la identificación de los signos clínicos de hipovolemia y pérdida de sangre. La herida y drenajes del paciente deben ser inspeccionados regularmente buscando hematomas y sangrado, y mediciones del perímetro abdominal podrían ser útiles.
- 3) **Balance de fluidos:** se valorara específicamente evaluando el flujo renal esto reflejara el estado hemodinámico del paciente. Asegurar la normovolemia en el paciente postoperado es esencial. Los fluidos de reemplazo endovenoso, como ha sido descrito anteriormente, deben cubrir tanto las pérdidas calculadas que ocurren después de la cirugía así como los requerimientos de mantenimiento del paciente. Durante el post operatorio con frecuencia se observa oliguria, reducción de la capacidad de producir orina. La hormona antidiurética, la aldosterona, la adrenalina y la noradrenalina segregadas durante el estrés conservan el agua y el sodio. Dado que la oliguria prolongada puede provocar una insuficiencia renal, debe informarse al cirujano de toda diuresis inferior a 30 ml por hora. El tratamiento depende de la causa.

- 4) **Función Neurológica:** El sensorio es un reflejo de percusión y la oxigenación cerebral por eso el uso de diferentes escalas como APGAR, GLASGOW etc. que evalúan las situaciones clínicas.
- 5) **Se debe tener en cuenta la posibilidad de infección** tras cualquier procedimiento realizado en el tracto urinario debido a la introducción de instrumentos y sondas. La existencia de una orina turbia, disuria, poliuria, urgencia urinaria y dolor o quemazón al orinar son todos ellos síntomas de infección del tracto urinario. (18)
- 6) **El sistema de Irrigación continuo:** Todo paciente postoperado de adenomectomía prostática sale de sala de operaciones con un sistema de irrigación continuo. Se coloca al paciente una Sonda Foley de tres vías por la uretra. (19). En este sistema se emplea una sonda con luz triple: por una luz drena la orina, por otra se instala la sustancia irrigante y por la tercera se introduce el agua para inflar el balón. El suero salino para la irrigación se administra con rapidez para reducir el riesgo de coagulación si el drenaje es sanguinolento. Dado que el sondaje conlleva a un mayor riesgo de infección nosocomial, es necesario que el personal de enfermería realice todas las manipulaciones aplicando severas medidas de asepsia. (20)
- 7) **Temperatura:** Es alterada por la administración de líquidos y gases fríos; por la exposición del interior al exterior. Se debe colocar cobertores y estufas que dan calor.
- 8) **Analgesia:** Un inadecuado alivio del dolor es una causa mayor de hipertensión e intranquilidad en el postoperatorio. Ambos pueden agravar el sangrado y aumentar la pérdida de sangre. Por ello se debe prestar atención a la provisión de una analgesia satisfactoria a través del periodo perioperatorio.

1.6.2.2. ADENOMA BENIGNO DE PRÓSTATA O HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

La glándula prostática es una de las glándulas más problemáticas del cuerpo del hombre, siendo con frecuencia el punto de origen de enfermedades infecciosas e inflamatorias.

La hiperplasia prostática Benigna (HPB) o Adenoma de próstata, es el tumor benigno más común en varones mayores de 50 años, la cual conlleva a la interferencia del flujo urinario. Se estima que el 80% de los varones entre 50 y 70 años tienen HPB. La gran mayoría de individuos desconoce acerca de las enfermedades de la glándula prostática, la mayoría la asocia con el envejecimiento, y piensan que es algo con lo que se debe aprender a vivir.

Existe una relación directa entre el tamaño de la próstata, la gravedad de los síntomas en el tracto urinario inferior y la tasa del flujo urinario. Los hombres con una próstata de volumen mayor a 50 gramos son 5 veces más propensos a sufrir de síntomas de moderados a graves que los hombres con una próstata de menor volumen.

La presencia de una glándula prostática aumentada de volumen, síntomas urinarios graves y una tasa de flujo urinario disminuida además se asocia con un alto riesgo de padecer otras complicaciones entre las que se mencionan las infecciones recurrentes del tracto urinario y la insuficiencia renal.

➤ ETIOPATOGENIA:

La causa etiológica de la HPB no es conocida. Parece ser consecuencia de un desequilibrio androgénico producido después de los 50 años en el hombre. La Dihidrotestosterona que es un derivado de la Testosterona, se cree sea el último mediador del crecimiento prostático.

La patogenia producida por la HPB está en relación al grado de obstrucción que produce en el cuello vesical y la uretra posterior que repercute sobre la disminución progresiva pero sin retrocesos de flujo urinario, ocasionando alteraciones en la vejiga de hipertrofia, trabeculación y diverticulosis vesical, finalmente produce ureterohidronefrosis por reflujo vesicorrenal, ocasionando la más grave complicación de la HPB que es la insuficiencia renal.

➤ **ANATOMÍA PATOLÓGICA:**

La próstata es una glándula genitourinaria masculina, cuyo tamaño normal en el varón adulto es de 4x3x2cm. Localizada justamente debajo de la vejiga, tiene la forma de una nuez y pesa alrededor de 20 gramos. Al nacimiento su peso es de cerca de un gramo y crece lentamente hasta cerca de 4 gramos justo antes de la pubertad. En la pubertad viene un crecimiento rápido hasta cerca de 20 gramos por acción estimulante de las hormonas masculinas. Estas características permanecen constantes por 20 a 30 años cuando se desarrolla la HPB, y el peso puede aumentar de 30 a 50 gramos, se han observado próstatas pesando hasta 100 gramos a más en hombres por encima de 70 años.

La próstata forma parte del aparato reproductor masculino. Se halla localizada entre la vejiga urinaria y el esfínter uretral externo, rodea a la uretra posterior y esa es la razón por la que causa problemas ante su crecimiento. La glándula prostática es perforada por los conductos eyaculadores que vienen de las vesículas seminales. Una de las funciones de la próstata es la de secretar el licor prostático; el propósito principal de este líquido constituir un vehículo de los espermatozoides durante la eyaculación, así como proveerles de nutrientes.

➤ **DIAGNÓSTICO:**

El diagnóstico de la HPB se hace principalmente:

- a) Por la clínica
- b) Por el laboratorio
- c) Por estudio de imágenes

➤ **SINTOMÁS:**

La HPB raramente ocasiona síntomas antes de los 40 años pero más de la mitad de los hombres a los 60 años y hasta un 90% a los 70 y 80 años tienen síntomas de dificultad miccional llamados de prostatismo. Los síntomas son causados por la compresión anatómica secundaria al crecimiento de adenoma y por el componente dinámico relacionado con el tono del músculo liso de la cápsula prostática.

Inicialmente los síntomas son pobres, pero a medida que avanza la obstrucción aparecen síntomas más importantes: Disminución del calibre y la potencia del chorro urinario, dificultad para iniciar la micción, incapacidad para interrumpir bruscamente la micción (apareciendo goteo post miccional), sensación de vaciamiento vesical incompleto y en ocasiones retención urinaria.

Los factores que pueden desencadenar retención urinaria aguda son:

- a) Postergación de la micción por periodo prolongado (producen atonía vesical).
- b) El infarto prostático o la infección prostática (producción de edema dentro de la glándula).
- c) Ingesta exagerada de alcohol y comidas copiosas.
- d) Operaciones de hemorroides.

➤ SINTOMAS DE PROSTATISMO:

Síntomas Obstructivos:

- Chorro débil
- Micción interrumpida
- Goteo Terminal
- Vaciamiento incompleto de la vejiga
- Retención urinaria.

Síntomas Irritativos:

- Mayor frecuencia
- Nicturia
- Urgencia
- Incontinencia.

➤ SIGNOS:

Cuando hay retención urinaria la vejiga, que normalmente es un órgano pélvico, puede elevarse por arriba del borde superior de la sínfisis del pubis y palparse como globo vesical. En ocasiones, en especial en obesos, es difícil palparla, pero puede confirmarse por la matidez de la percusión en el área suprapúbica.

El signo más concluyente de diagnóstico de la HPB es el tacto rectal que traduce al examen una próstata simétrica, lisa, aumentada de tamaño, con surco medio borrado y no dolorosa. Este examen se efectúa con el dedo índice y requiere una exploración que abarque los 360 grados. Es importante descartar zonas de induración que sugieran neoplasia.

➤ COMPLICACIONES:

- a) Hipertrofia de la vejiga
- b) Inestabilidad del detrusor
- c) Hematuria
- d) Urolitiasis
- e) Hidronefrosis
- f) Infección urinaria
- g) Retención aguda de orina
- h) Retención crónica de orina
- i) Insuficiencia renal crónica

➤ **TRATAMIENTO:**

Existe tanto el tratamiento quirúrgico como el tratamiento médico, pero los objetivos del tratamiento son los mismos:

- 1) Mejoría de síntomas objetivos y subjetivos
- 2) Mantenimiento de la función renal
- 3) Prevención de las complicaciones (obstrucción del flujo)
- 4) Producción de efectos colaterales mínimos y tolerables a largo plazo

➤ **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**

Existen dos tipos principales de técnicas quirúrgicas; las invasivas con cirugía abierta y las terapias mínimamente invasivas.

TÉCNICAS INVASIVAS CON CIRUGÍA ABIERTA

En la actualidad su indicación radica la mayor parte de las veces en la imposibilidad de efectuar la resección transuretral de la próstata, ya sea por el tamaño del adenoma prostático, por patología concomitante como un cálculo mediano o grande o simplemente por no contar con la tecnología para realizarla. Su frecuencia es variable por las condiciones antes expuestas; sin embargo, las

cifras en hospitales desarrollados tecnológicamente deben estar en alrededor del cinco o diez por ciento y en descenso.

Las formas de extirpar la próstata por cirugía abierta son tres, pero la vía perineal está en franco desuso. En general, dependiendo de la escuela quirúrgica, se usa la vía transvesical, es decir abriendo la vejiga, o la vía retropúbica, que llega a la próstata a través de su cápsula o pared anterior. Si se comparan la incidencia de complicaciones fistulosas, el retiro de la sonda y el alta hospitalaria, la vía retropúbica sale favorecida. (4)

1. Adenomectomía Prostática Suprapúbica- transvesical u operación de

Freyre: En este tipo de operaciones existe una apertura de la piel, aponeurosis y planos musculares. Todo es extraperitoneal. Si hay herida operatoria hay posibilidad de infección de ella, de futuras hernias, de dolor y de necesidad de una cicatrización que, todos sabemos, no se concluye firmemente hasta cuarenta a sesenta días. El retorno a la vida laboral se hace pasado el mes o antes, dependiendo del trabajo a realizar. Consiste en la apertura de la vejiga y a través de ella extirpar el tumor obstructivo. Es usualmente reservada para pacientes por un tumor mayor de 60 gramos o en quienes exista otra patología concomitante como cálculo vesical o divertículo vesical que requiere reparación o cuando hay un gran crecimiento del lóbulo medio hacia la cavidad vesical.

2. Adenomectomía Prostática Retropúbica u operación de Millín:

Consiste en abordar directamente la cápsula prostática y enuclear directamente el tumor sin lesionar la vejiga. Está indicada en adenomas con poco componente intravesical.

TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS

1. **Resección Transuretral de la Próstata (RTU):** Provee la más confiable técnica quirúrgica con una mejora inmediata de los síntomas postoperatorios (80 a 90%). El receptor endoscópico con un asa de alambre unida a una unidad de electrocutorio es usado para resecar el tejido bajo visión cistoscópica directa. Actualmente es el tratamiento preferido teniendo la ventaja de la aceptación del paciente en tanto no requiera incisiones en el resto del cuerpo.
2. **Incisión Transuretral de la Próstata (ITU):** Puede ser apropiado para pacientes quienes tienen una glándula pequeña (30 gramos). En ellos mejoran los síntomas en 80 a 90 % de los casos. Reportan iguales mejorías en el score y flujo urinario en el RTU, con la ventaja de un menor tiempo quirúrgico, menos sangrado, menor tiempo de hospitalización, menos eyaculación retrógrada y menos casos de impotencia.

Sus límites, en cuanto al tamaño a operar, están en directa relación a la habilidad del cirujano porque el tiempo quirúrgico no debe sobrepasar los 60 a 80 minutos. De esta manera, si un cirujano reseca 1 gramo por minuto, sólo puede operar adenomas de hasta 60 gramos por esta vía. Si su habilidad o instrucción le permiten menos, debe restringirse a ello.

La gran razón para establecer un tiempo máximo de la cirugía radica en la necesidad de ejecutar el procedimiento con un asa de corte eléctrica en un medio acuoso. Si hay conducción de la electricidad, no hay corte de tejido. Por ello no puede usarse suero fisiológico. También el medio acuoso debe ser transparente y las soluciones de coloides isotónicas no lo son.

Por todas estas razones se emplea un medio hipotónico respecto del plasma. En el curso de una RTU mientras más tiempo transcurra, más posibilidades de absorción de un medio hipotónico existen. Debe recordarse que la vejiga no es indiferente al intercambio de agua y electrolitos y que en el desarrollo de una de estas operaciones pueden romperse vasos venosos con paso directo de la solución irrigante a la sangre.

Ocurrido el hecho y si el volumen que pasa al intravascular es importante (un litro o más) se tiende a la hiponatremia, la que a su vez origina los síntomas del llamado Síndrome de RTU: tendencia al compromiso de conciencia, náuseas y vómitos por edema cerebral. La hemólisis de los glóbulos rojos puede comprometer la función renal. El tratamiento de este síndrome es preventivo, resecando lo que se es capaz, infundiendo la solución irrigante a baja presión. Instalado el cuadro, debe haber una rápida y muchas veces masiva reposición de cloruro de sodio y debe recurrirse al uso de diuréticos para eliminar agua.

Terminada la operación, el paciente va por un período corto a una sala de recuperación anestésica, y luego a su pieza donde permanece con sonda por 3 a 4 días. Retirada la sonda, el alta se lleva a cabo en 24 horas. El reintegro al trabajo se produce en lapsos variables, según el tipo de éste, en siete a catorce días.

El dolor es leve y sólo depende del uso de una sonda; el paciente se levanta a las 24 horas y su alimentación es libre desde ese momento. Las complicaciones más frecuentes son la hematuria, que sólo ocasionalmente requiere de instrumentalización o de transfusiones. A más largo plazo puede desarrollarse estenosis de meato urinario (5%) o de cuello vesical, menos frecuentemente.

Con relación a la esfera sexual, la impotencia es rara si no había fallas previas, pero la eyaculación retrógrada es bastante usual. Esto debe ser advertido, toda vez que se están operando enfermos jóvenes que quizás deseen mantener su fertilidad. La satisfacción de los pacientes operados bordea el 90%, aun cuando algunos mantienen una polaquiuria más allá de dos o tres meses, lo cual es razonable para esta operación hecha "interiamente". Se recalca este hecho, porque la ausencia de herida y cicatriz operatoria hace inconscientemente menospreciar la cirugía y resalta molestias que son menores y transitorias.

3. **Técnicas de Ablación Láser:** Se emplea el Yag Láser: Su mecanismo consiste en la necrosis y vaporización de los tejidos. Permite giros en ángulos de 49 a 105 grados con respecto al eje direccional, lo que confiere cierta ventaja. Indicado en aquellos pacientes que reciben anticoagulantes debido a que las complicaciones pos sangrado son mínimas.
4. **Dilatación con balón de la próstata:** Utiliza un balón con adecuada presión en la uretra prostática. Es más apropiado para pacientes que no tienen lóbulo medio grande. Se hace ambulatoriamente y con anestesia regional. El sangrado es mínimo y con baja morbilidad.
5. **Colocación de Stenes intraprostáticos:** Son tubos inertes de material biocompatible que pueden ser colocados transuretralmente y se expanden por sí mismos o pueden ser mecánicamente extendidos para mantener un lumen dentro de la uretra prostática de por lo menos 1 cm. de diámetro. Los riesgos de infección, erosión, migración, incrustación y síntomas de irritación severa limitan el uso. (4)

➤ **RIESGOS:**

Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia:

- Reacciones a los medicamentos
- Problemas respiratorios

Los riesgos que implica cualquier cirugía son:

- Sangrado
- Infección

Los riesgos adicionales:

- Problemas con el control urinario (incontinencia)
- Dificultad para lograr y mantener una erección (impotencia)
- Pérdida de fertilidad espermática (infertilidad)
- Paso del semen hacia la vejiga y no hacia fuera a través de la uretra (eyaculación retrógrada)
- Estenosis uretral (estrechamiento de la salida urinaria)

1.6.2.3 EL CONOCIMIENTO

El conocimiento es una relación entre el sujeto cognoscente y el objeto lo conocido; sujeto y objeto son tales solamente en tanto exista la relación cognoscitiva correspondiente.

Mario Bunge define al conocimiento como “Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto” (9), en base a ello tipifica el conocimiento en conocimiento científico y en conocimiento ordinario o vulgar. Al conocimiento científico lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia y al conocimiento vulgar lo relaciona como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.

En el siglo V a.C., los sofistas griegos cuestionaron la posibilidad de que hubiera un conocimiento fiable y objetivo. Por ello, uno de los principales sofistas, Gorgias, afirmó que nada puede existir en realidad, que si algo existe no se puede conocer, y que si su conocimiento fuera posible, no se podría comunicar. Otro sofista importante, Protágoras, mantuvo que ninguna opinión de una persona es más correcta que la de otra, porque cada individuo es el único juez de su propia experiencia. Platón, siguiendo a su ilustre maestro Sócrates, intentó contestar a los sofistas dando por sentado la existencia de un mundo de formas o ideas, invariables e invisibles, sobre las que es posible adquirir un conocimiento exacto y certero. (10)

Aristóteles siguió a Platón al considerar el conocimiento abstracto superior a cualquier otro, pero discrepó de su juicio en cuanto al método apropiado para alcanzarlo. Aristóteles mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia. El conocimiento se adquiere ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, o de forma indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica. (10)

Así mismo encontramos que el conocimiento implica una relación de dualidad, el sujeto que conoce y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento entonces como “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa”. (11)

Desde otro punto de vista, el filósofo Salazar Bondi distingue dos formas de definir el conocimiento. Primero considera al conocimiento como un acto y segundo el conocimiento como un producto.

- En la primera definición desde el punto de vista filosófico, el Autor asume que el conocimiento es un acto o proceso psíquico que realizamos en cuanto somos conscientes, y consiste en percibir, intuir y observar un hecho, propiedad o cosa del mundo, directamente por medio de los sentidos. En el conocer, el sujeto toma contacto con el objeto pero de una manera no física, pues la aprehensión o captación cognoscitiva propiamente dicha es de naturaleza psíquica.
- En la segunda definición afirma que el conocimiento es una formación de los hechos, los caracteres o las propiedades de los objetos. Es decir, es producto del acto de conocer. (12)

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución.

Al ocuparse, por ejemplo, del hombre, se puede considerarlo en su aspecto externo y aparente y decir una serie de cosas dictadas por el buen sentido o insinuadas por la experiencia diaria; se puede estudiarlo con espíritu más serio, investigando experimentalmente las relaciones existentes entre ciertos órganos y sus funciones; se puede también formular preguntas en cuanto a su origen, su libertad y su destino; y, finalmente, se puede investigar lo que fue dicho del hombre por Dios a través de los profetas y de su enviado, Jesucristo.

Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento.

- Conocimiento empírico.
- Conocimiento científico.
- Conocimiento filosófico.
- Conocimiento teológico.

- **Conocimiento empírico:** También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es ametódico y asistemático. A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin metido y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o válido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva.
- **Conocimiento científico:** Este conocimiento va más allá del empírico: por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas. Conocemos una cosa de manera absoluta, dice Aristóteles, cuando sabemos cuál es la causa que la produce y el motivo por el cual no puede ser de otro modo; esto es saber por demostración; por eso, la ciencia se reduce a la demostración.
- **Conocimiento filosófico:** Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia. Oportunamente Jaspers, en su obra: Introducción a la Filosofía, coloca la esencia de la filosofía en la búsqueda del saber y no en su posesión.

- **Conocimiento teológico:** El conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fe teológica, constituye el conocimiento teológico. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale, de modo especial, del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente. (13)

➤ **ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS EN ENFERMERÍA**

La autora Nancy Burns considera algunas preguntas clave que deben hacerse acerca del conocimiento: ¿qué es el conocimiento?, ¿cómo es el conocimiento?, ¿cómo es el conocimiento que se adquiere en enfermería? En el libro se encuentra que el conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sean una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona (Kaplan, 1964). Durante la carrera de enfermería se adquieren una gran cantidad de conocimientos, tanto en las clases como a partir de las experiencias clínicas. La enfermera debe aprender, sintetizar, incorporar y aplicar dicho conocimiento para poder después ejercer como enfermera.

La calidad de la práctica clínica depende de la calidad del conocimiento que se haya aprendido. Por ello, es importante que la enfermera se cuestione constantemente sobre la calidad y credibilidad de la nueva información que haya leído u oído. Por ejemplo, ¿Qué intervenciones están basadas en la investigación, y cuales necesitan estudios posteriores para determinar su efectividad? Entonces, para desarrollar idóneamente la práctica clínica es relevante que la enfermera

investigue y se nutra de conocimientos actualizados y verificables científicamente, de esta forma su atención será de una calidad indiscutible. (14)

➤ **EL CONOCIMIENTO Y LA ENFERMERÍA**

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan bases al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano.

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes.

En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrá interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia. Estos conocimientos fundamentan su saber y les permite enfrentar los diversos problemas clínicos además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería.

En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentando explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero.

La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y trascendente en la atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo a las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios.

1.7. HIPÓTESIS

Hp 1: Las Enfermeras de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia tienen un nivel de conocimientos medio sobre la atención al paciente postoperado de adenomectomía prostática.

Hp 0: Las Enfermeras de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia tienen un nivel de conocimientos alto sobre la atención al paciente postoperado de adenomectomía prostática.

1.8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

ENFERMERA:

Persona que brinda los cuidados de enfermería al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Sala de Operaciones y Recuperación del Hospital Nacional Cayetano Heredia

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Son las acciones destinadas a atender en forma integral englobando las dimensiones biológica, física y psicológica del paciente postoperado de adenomectomía prostática que brinda la enfermera del Servicio de Sala de operaciones y Recuperación del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

CONOCIMIENTOS:

Conjunto de información sobre los cuidado de enfermería en la atención al paciente postoperado de adenomectomía prostática que refieren tener las enfermeras del Servicio de Sala de operaciones y Recuperación del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA:

Persona que ha sido sometida adenomectomía prostática por presentar un Adenoma Benigno de Próstata en el Hospital Nacional Cayetano Heredia y que requiere los cuidados especializados de las enfermeras del Servicio de Sala de operaciones y Recuperación del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

- **Tipo de Estudio:** Es un estudio aplicativo con enfoque cuantitativo.
- **Nivel de investigación:** Por la naturaleza de problema en estudio, la investigación tiene un nivel Aplicativo dado que los resultados nos permitirán mejorar la práctica de las enfermeras de los Servicios de Sala de Operaciones y Recuperación del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- **Diseño del estudio:** Es de Corte Transversal, debido a que estudiará las variables simultáneamente en un determinado periodo de tiempo.
- **El Método de estudio:** Es Cuantitativo.

2.2. SEDE DE ESTUDIO

2.2.1. Informe de la zona geográfica

El Hospital Nacional Cayetano Heredia está ubicado los primeros kilómetros de la Panamericana Norte. Su jurisdicción abarca los distritos del Rimac, Puente Piedra, Los Olivos, Independencia Cercado de Lima y parte del Callao. Es un Hospital que recibe a pacientes transferidos de de diversas partes del Perú en especial de Hospitales del Norte Chico.

Es un Hospital docente que tiene 33 años de servicio a la comunidad y tiene un área de influencia de aproximadamente 3'000,000 de personas.

El clima de la zona es seco, muy caluroso en verano y húmedo en invierno.

2.2.2. Datos generales del Hospital

El Hospital Nacional Cayetano Heredia se fundó el 21 de julio de 1968 con el nombre de Hospital Centro de Salud Docente del Rímac. En Septiembre del mismo año quedó constituido su primer equipo de salud, bajo la dirección del Dr. Carlos López Ore, primer Director del nosocomio.

Está ubicado en la Avenida Honorio Delgado Num. 262 Urb. Ingeniería - San Martín de Porres.

En el mes de octubre de 1968 se pone a prueba el funcionamiento del hospital, sin pacientes y previa capacitación especial a todo el personal médico y paramédico. Recién en abril de 1969, el hospital abrió sus puertas a la comunidad. Desde sus inicios fue concebido como organismo base del Área Hospitalaria N° 1 y como centro docente vinculado a la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

En 1977, gracias a la ayuda del Ministerio de Salud y una donación de la Orden de los Caballeros de Malta, se emprende la construcción del departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatología (Antes Unidad de Enfermedades Infecciosas y Tropicales). Actualmente este es un centro de prestigio nacional e internacional en el tratamiento y capacitación de médicos en enfermedades infectocontagiosas.

Actualmente el Hospital cuenta con un área de influencia de más de tres millones de personas, población referida al cono Norte de Lima que significa seis veces más el número que en 1968.

El Hospital, es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud III Lima y tiene por misión prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, desde su concepción hasta su muerte natural y categorizado como hospital de alta complejidad (Según Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud).

2.2.3. Características de la Planta Física del Hospital

El Hospital cuenta con 17 Departamentos, entre ellos tenemos el Departamento de Medicina, Enfermedades Infecciosas, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Física y Rehabilitación, Odontoestomatología, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Enfermería con su Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico, Emergencia y Cuidados Críticos, Patología Clínica y Anatomía Patológica, entre otros.

El Hospital tiene la parte principal se una planta y el sótano. Está construido con material noble. Tiene un edificio dedicado por el lado Este al Servicio de Sala de Operaciones de Traumatología que cuenta con dos salas quirúrgicas amplias y por el otro lado se encuentra la zona administrativa.

El Departamento de Centro Quirúrgico se encuentra en el primer piso en el segundo pabellón, está ubicado entre la Central de Esterilización y el Servicio de Recuperación post anestésica. Sala de operaciones cuenta con 6 salas quirúrgicas, una oficina y un área de material estéril. El Servicio cuenta con 6 máquinas de anestesia, monitores, cialíticas, aspiradores, equipo de electrocauterio, balones de oxígeno, entre otros.

En este servicio de Sala de Operaciones laboran 29 enfermeras, los turnos son: Turno mañana: De 7:30 a.m. a 1:30 p.m.; el Turno Tarde: De 1:30 p.m. a 7:30 p.m.; el turno Noche: 7:30 p.m. a 7:30 a.m. y el turno Diurno: De 7:30 a.m. a 7:30 p.m. Cada día laboran 6 enfermeras en el turno diurno y la Jefa del Centro Quirúrgico y en el turno noche laboran 2 enfermeras.

El Servicio de Recuperación está ubicado al costado de Sala de Operaciones, tiene un área aproximada de sesenta metros. Cuenta con siete camas, monitores, balones de gas, etc. Los equipos no son modernos y presenta escasez de recursos. Cuenta con dos equipos de aspiración, un coche de emergencia, coche de curaciones.

En el Servicio de Recuperación, el cual pertenece al Departamento de Centro Quirúrgico, laboran 6 enfermeras, y trabajan 2 enfermeras por turno.

2.3. POBLACIÓN Y/O MUESTRA

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas las Enfermeras que laboran en el Servicios de Sala de Operaciones.

El servicio de Sala de Operaciones tiene en su organización a la Unidad de Recuperación, de Centro Quirúrgico y de Esterilización.

MUESTRA:

La muestra estuvo conformada por 30 Enfermeras del Departamento de Centro Quirúrgico según los criterios de inclusión.

La muestra fue obtenida por muestreo no probabilístico debido a que fue establecido en forma criterial.

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras con tiempo de permanencia en el servicio mayor de 1 año.
- Enfermeras que tengan más de 1 año de experiencia laboral.
- Enfermeras del Servicio de Recuperación o de Sala de Operaciones.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras con tiempo de permanencia en el servicio menor de 1 año.
- Enfermeras con menos de un año de experiencia laboral.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOJO DE DATOS

La técnica

Se usó como técnica la Entrevista Estructurada y se desarrolló de forma individual a cada elemento de la muestra.

El Instrumento

Se uso como instrumento el Cuestionario el cual consta del Título, la Introducción, los Datos Generales y los Datos Específicos.

Dentro de los datos específicos se detalla la edad, el servicio donde labora, el tiempo de servicio en la institución y el tiempo de ejercicio de la carrera.

Dentro de los datos específicos el cuestionario consta de 24 preguntas cerradas de alternativa múltiple (4 alternativas de respuesta cada una).

(Anexo E)

Para medir la variable de estudio se considera a la respuesta correcta el valor de 1 y a la incorrecta el valor de 0.

Validez del Instrumento

El Instrumento fue validado por 8 jueces expertos, todas ellas licenciadas especialistas. El grado de concordancia resultante después de aplicar la Prueba Binomial fue: $p = 0,06$. Estos datos demuestran que el grado de concordancia es significativo por ser p menor que 0,5; por lo tanto el Instrumento es Válido.

(Anexo C)

La Validez Cuantitativa general de cada uno de los ítems se determinó con la prueba r de Pearson. El valor resultante fue " $r > 20$ ", por lo que el instrumento se consideró válido.

Confiabilidad del Instrumento

La confiabilidad se realizó mediante la aplicación de la prueba confiabilidad Kuder Richarson. El coeficiente de confiabilidad de K-R cuando es mayor a 0.6 se considera que el instrumento tiene buena confiabilidad. Luego como el valor es $> 0,6$ se puede concluir que el instrumento es confiable.

2.5. PLAN DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

➤ Plan de recojo de datos:

Para la realizar la recolección de datos se realizó las coordinaciones administrativas correspondientes. Se presentó una carta remitida por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en la que se presenta al la Investigadora, el título del estudio y los objetivos del mismo. Esta carta se entregó a la Dirección del Hospital Nacional Cayetano Heredia, a la Unidad de Capacitación, al Departamento de Enfermería y al Servicio de Centro Quirúrgico.

Luego se procedió a coordinar con la enfermera Jefa de Centro Quirúrgico para realizar la recolección de datos en las fechas y horarios propuestos.

Para realizar la recolección de datos se permaneció en el Hospital por cinco días consecutivos en los horarios de 7 a.m. a 8:30 p.m.

➤ Plan de procesamiento de datos:

Los datos recolectados fueron procesados en la Hoja de Cálculos del Programa Excel donde fueron ordenados, tabulados y clasificados. Este programa se utilizó para obtener sumatorias, porcentajes, desviación estándar, entre otros. (Anexo F)

Los datos fueron procesados mediante la utilización de gráficos y cuadros para datos cuantitativos.

➤ Plan de presentación de datos:

Para la presentación se usaron Cuadros en los que en forma numérica se podrá visualizar las características resaltantes del estudio.

También se han utilizado Barras para presentar en forma visual las diferencias entre las variables relacionadas.

Se utiliza la tabla de frecuencias para variables cuantitativas y los datos obtenidos se presentan en los gráficos rectangulares donde se emplearán las frecuencias.

2.6. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el análisis e interpretación de datos se utilizó la Escala de Estanones que nos permite categorizar los niveles del conocimiento en Alto, Medio y Bajo. (Anexo G)

Los datos estadísticos fueron analizados de acuerdo a los Indicadores. Con estos grupos se pudo interpretar los conocimientos de la Enfermeras de acuerdo a cada Indicador.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se explicó a las Enfermeras el Estudio de Investigación a realizar, los objetivos, fines y propósitos. Posteriormente se les pidió voluntariamente su participación. Las Enfermeras que libre y voluntariamente participaron firmaron el documento de Consentimiento Informado donde acceden por voluntad propia a participar. Así mismo se mencionó a las Enfermeras que la información brindada será de carácter anónimo y confidencial. (Anexo D)

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. DATOS GENERALES

Terminada la recolección de datos y su procesamiento en el programa de Excel, pasamos a presentar su respectivo análisis e interpretación.

De acuerdo a los criterios de inclusión la muestra estuvo constituida por 30 enfermeras (100%) de las cuales el 80% (24) sala de operaciones y el 20% (6) de Recuperación; el 30% (9) tienen laborando entre 1-5 años; el 37% (11) de 6-10 a. y el 33% (10) más de 10 años; el 43% (13) de las enfermeras son Especialistas en Centro Quirúrgico. (Anexo H), (Anexo I)

3.2 DATOS ESPECÍFICOS

Nivel de conocimiento sobre los cuidados al paciente portoperado de adenomectomía prostática de las enfermeras.

Descripción del área crítica del conocimiento sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática de las enfermeras.

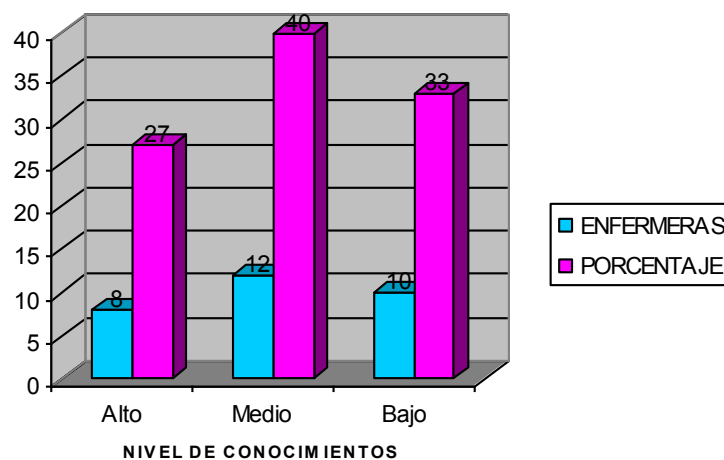
TABLA N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LOS CUIDADOS AL
PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA EN EL
SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE OPERACIONES DEL
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBRE – DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

Nivel de Conocimientos	ENFERMERA	
	N°	%
ALTO	8	27
MEDIO	12	40
BAJO	10	33
TOTAL	30	100

GRÁFICO N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LOS CUIDADOS AL
PACIENTE POSTOPERADO DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA EN EL
SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE OPERACIONES DEL
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBRE – DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008



En la Tabla N° 1 referente al nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el HNCH se observa que de un total de 30 enfermeras encuestadas 12 (40%) presentan un nivel de conocimientos medio y 10 (33%) presentan un nivel de conocimientos bajo, sólo 8 enfermeras (27%) presenta un nivel de conocimientos alto.

De acuerdo con el filósofo y epistemólogo Mario Bunge, el conocimiento es el “Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos” (9), en base a ello tipifica el conocimiento en científico y en ordinario o vulgar. Al conocimiento científico lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia y al conocimiento vulgar lo relaciona como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.

Según Callista Roy, la enfermera demuestra que aplica los conocimientos científicos si utiliza el Proceso de Atención de Enfermería. Así tenemos que el nivel de conocimientos de la enfermera está respaldado y enfocado al conocimiento científico el cual ha sido desarrollado bajo el Método Científico. El método científico lo aplican las enfermeras al desarrollar los cuidados de enfermería a través del Proceso de Atención de Enfermería.

Entonces entendemos que con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo a las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La enfermera debe tener el interés de ampliar los conocimientos para continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios.

Después de atender al paciente muchas enfermeras se cuestionan si aplicaron todos sus conocimientos en la atención, esta interrogante las mantendrá interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de

sistemas clásicos y de vanguardia. Estos conocimientos fundamentan su saber y les permite enfrentar los diversos problemas clínicos además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería.

Los acelerados cambios que vive la humanidad, exigen en primer lugar mantener una formación ética que le permita a la enfermera discernir frente a la gran cantidad de información y acontecimientos de diferente índole que influyen en la vida moderna.

Por todo lo evidenciado en los datos observados en la Tabla N° 1 podemos deducir que la mayoría de las enfermeras del servicio de Recuperación y Sala de Operaciones presentan un conocimiento medio y tendiente a bajo sobre los cuidados al paciente postoperado inmediato de adenomectomía prostática. Si bien es cierto existe un porcentaje de enfermeras que tiene un conocimiento alto sobre los cuidados a los pacientes mencionados, esto no es suficiente porque las enfermeras atienden a los pacientes en forma individual; claro está, en coordinación con todo el equipo de salud.

Este hecho que demuestra cierta carencia en los conocimientos de las enfermeras genera que los cuidados de enfermería no sean especializados en su mayoría. Por este motivo es necesario que las enfermeras se capaciten y se interesen en alcanzar un nivel óptimo de conocimientos científicos para brindar una atención utilizando los conocimientos científicos en el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería en beneficio del paciente, la institución y de la profesión.

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA CRÍTICA DE LOS CONOCIMIENTOS

De acuerdo a la aplicación del instrumento y a la operacionalización de la variable donde se dimensionan los cuidados de enfermería desde el aspecto biológico, psicológico y humano, se procede a describir el área crítica de los conocimientos sobre los cuidados de enfermería al paciente postoperado de adenomectomía prostática.

Los cuidados que realizan las enfermeras relacionado al aspecto biológico se desarrollan desde el postoperado inmediato, algunas enfermeras primero realizan el control de las funciones vitales y otras priorizan la valoración del sistema de irrigación; en su mayoría valoran la permeabilidad de la sonda Foley. La mayoría de las enfermeras no relaciona el dolor, el globo vesical y el riesgo de hemorragia a la obstrucción de la sonda vesical. Así mismo, la mayoría de las enfermeras consideran a la obstrucción de la sonda vesical como un riesgo de hemorragia. En cuanto al conocimiento sobre la obstrucción de la sonda vesical, la minoría de enfermeras conoce que es necesario realizar el lavado vesical para eliminar coágulos. Con relación a la analgesia del paciente la mayoría conoce que debe ser administrada en el periodo intraoperatorio y la minoría considera que debe ser en el preoperatorio. En lo referente a las características del drenaje la mayoría considera que un drenaje hematórico es considerado como una complicación.

Con respecto al aspecto psicológico del cuidado la mayoría de las enfermeras detecta cuando los pacientes presentan ansiedad y temor y refieren que se les tiene que calmar para que se sientan tranquilos y seguros del cuidado. La mayoría de las enfermeras orientan a los pacientes donde se encuentran. Relacionado el aspecto humanizado del cuidado, la mayoría de las enfermeras no se presenta a los pacientes cuando despiertan, sólo les preguntan si puede movilizar las piernas entre otras preguntas. La minoría de las enfermeras llama

por su nombre a los pacientes y el proceso de comunicación es muy corto con preguntas directas y respuestas cortas. La mayoría de las enfermeras conoce que la empatía es un valor que las enfermeras de recuperación y sala de operaciones deben tener.

Según Leinenger, los cuidados son la esencia y el campo central unificado y dominante que caracterizan a la enfermería y son un fin para la enfermera.

Para Watson, los cuidados de enfermería suponen valores, una voluntad de compromiso con el cuidado, el conocimiento y las acciones de cuidar. De acuerdo con Maslow, los cuidados son las acciones de las enfermeras destinadas a satisfacer las necesidades vitales del paciente. Por lo tanto; podemos concluir, que los cuidados de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera destinadas a atender a la persona en su proceso de recuperación, rehabilitación y promoción de su salud, en forma integral y que engloben las dimensiones físicas, biológicas, humanas y psicológicas.

De los datos observados se deduce que las enfermeras tienen como área crítica de los conocimientos sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática la relacionada al cuidado humanizado. Esta área crítica repercute inadecuadamente en los cuidados los pacientes quienes se encuentran psicológicamente afectados por la operación y sobre todo con el pronóstico de su enfermedad.

Es necesario que las enfermeras tengan conocimientos científicos para atender a los pacientes pero que a la vez brinden un trato humanizado al paciente para favorecer su proceso de recuperación y su autoestima. Cuanto más conocimientos se tenga, cuanta más experiencia se adquiera y cuan más especializadas sean las enfermeras, más humanas deben ser en brindar los cuidados a los pacientes postoperados de adenomectomía prostática. El cuidado al paciente post operado se brinda considerando al ser humano un ser holístico;

por lo tanto los cuidados se brindan para atender las necesidades; tanto físicas, emocionales y sociales.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

- La mayoría de las enfermeras de sala de operaciones y recuperación tienen un nivel de conocimientos medio. Este dato es de consideración porque tendría implicancias en el desarrollo de los cuidados de la enfermera. La enfermera maneja el Proceso de Atención de Enfermería para planificar los cuidados hacia el paciente, este Proceso está basado en la aplicación de conocimientos científicos para su desarrollo; por ello, se requiere que el nivel de conocimientos que maneje la enfermera sea alto y especializado.
- La mayoría de las enfermeras presentan como área crítica de los conocimientos sobre los cuidados al paciente la relacionada al cuidado humanizado. Los cuidados de enfermería son acciones que realiza la enfermera destinadas a atender al paciente en su recuperación y éstos tienen que brindarse en forma integral englobando sus aspectos físico, biológico y psicológico. De acuerdo a la información recogida, se

concluye que si no se brinda un cuidado humanizado, no se estaría favoreciendo en la atención integral del paciente.

- Una minoría de enfermeras tiene un nivel de conocimientos alto y a la vez se caracterizan por conocer que los cuidados tienen que darse integrando las dimensiones físicas, biológicas y psicológicas de los pacientes.

4.2. LIMITACIONES

La única limitación fue el corto tiempo que se tuvo para realizar la recolección de datos.

4.3. RECOMENDACIONES

- Realizar una investigación relacionada a observar las prácticas de las enfermeras en la atención del paciente postoperado de adenomectomía prostática.
- Fortalecer y fomentar la capacitación continua y obligatoria a las enfermeras del servicio de recuperación y sala de operaciones y otorgarles un certificado de participación con nota.
- Motivar con incentivos y premios a las enfermeras que demuestren estar capacitándose.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Escuela Médica de San José. Manual de Urología. Tratamientos Invasivos. Revista de Internet.
- (2) Escuela Médica de San José. Manual de Urología. Tratamientos Invasivos. Revista de Internet.
- (3) Centro Universitario de Salud Pública, Unidad de Investigación de Servicios de Salud, 1996. Cirugía de Hipertrofia Benigna de Próstata, Estándares de uso apropiado. P. 50 – 55
- (4) Trabajo de Urología, la Próstata. Revista de Internet.
- (5) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cirugía Urológica. Tomo IV. Fondo Editorial UNMSM.
- (6) Nancy Angélica Tejado Ovalle. Participación de enfermería en la disminución de la morbilidad post-operatoria inmediata en pacientes de Cirugía Abdominal.
- (7) Rosario Caballero Vargas, María Chávez Cabrera, Carmen Granda Robles. Atención de enfermería en pacientes Prostatectomizados en el Hospital Bravo Chico.
- (8) Sheila Pasquel Soto. Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los

cuidados postoperatorios de pacientes oncológicos del departamento de abdomen de los servicios de cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2005.

(9) Martha Vilca Masías. Nivel del Conocimiento de las Enfermeras sobre el proceso de atención en el Hospital Alberto Hurtado Abadía en Tarma en el año 2005.

(10) Mario Bunge. La Ciencia, su Método y su Filosofía. 1960.

(11) Trabajo Monográfico de Epistemología. Revista de Internet.

(12) East Madigan, Marian. 5° edición. México. Editorial interamericana. 1983.

(13) A. L. Cervo y P.A. Bervian. Introducción a la filosofía. Manual de filosofía Vol. II, Lima: Santa Rosa, 1961.

(14) Nancy Burns, SusanK. Grove. Investigación en Enfermería, tercera edición, Editorial el Sevier, Madrid, España.

(15) Barbara Kozier. Fundamentos de Enfermería vol.1. McGraw-Hill Interamericana. Tercera edición 1999

(16) Ann Marriner Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería, Cuarta edición.1999. Edición en español por Harcourt Brace de España.

(17) Asociación peruana de facultades y escuelas de enfermería ASPEFEN. Enfermería formación ética para la vida, Perú 1999. p. 30 – 33.

(18) Lucy Jo Atkinson. Técnicas de Quirófano. 1998, edición en español. Harcourt Brace de España, S.A. p 649 – 652.

(19) Lidia Novoa Montenegro. Enfermería de quirófano. Arequipa, Perú 1997.

(20) Beare Myers. El tratado de Enfermería Mosby 1995 edición en español, Mosby-Doyma libros s.a. impreso en Colombia. P. 5-10 y 1070 – 1075.

BIBLIOGRAFÍA

American Cancer Society. Cáncer de la Próstata, Guías de Tratamiento para los Pacientes. Versión I, 1999

Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Enfermería Formación Ética para la Vida. Perú, 1999

Brunner y Saddarth. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Novena Edición. 2006

Bunge Mario. La Ciencia, su Método y su Filosofía. Argentina Ediciones, 1985

Burns Nancy. Investigación en Enfermería. Tercera Edición.

Cuyubamba Damián Nilda Elena. Relación entre los Niveles de conocimientos y las Actitudes del Personal de Salud hacia la Aplicación de las Medidas de Bioseguridad en los Servicios de Mayor Riesgo del Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma, 2003

Fuller Joana Ruth. Instrumentación Quirúrgica Principios y Práctica. Tercera Edición. Editorial Médica panamericana. 2006

DuGas B.W. Tratado de Enfermería Práctica. Sexta Edición, México 1996, Editorial Interamericana.

Gauntlett Beare Patricia. El tratado de Enfermería Mosby. Segunda Edición, 1995

Huertas Rorres Felicitas. Instrumentación Quirúrgica. 2004

Instituto Nacional de Cancerología. Guía de Práctica Clínica en Enfermedades Neoplásicas. Segunda Edición. Bogotá, 2001

Jo Atkinson. Técnicas de Quirófano. Octava Edición, 1998, España.

Kozier Bárbara. Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica. Volumen 1. Quinta Edición Actualizada. 1998

Mariño Uribe Betza Jackeline. Nivel de Conocimiento de las Enfermeras sobre Ética y Aplicación de los Principios Éticos en los Cuidados de Enfermería según la Percepción de los Pacientes del Servicio de Recuperación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, 2006

Mc Graw Hill. Enfermería Médico Quirúrgica. Sexta Edición. Volumen 1.

Mosby. Enciclopedia de Medicina y Enfermería. España, Editorial Océano, 1993.

Novoa Montenegro Lina. Enfermería de Quirófano. Arequipa, Perú, 1997
1998, Nueva Editorial Interamericana.

Núñez Huerta Edgar. Principios de Instrumentación Quirúrgica. Primer

Marriner Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta Edición. 1999, Madrid.

Organización Preventiva de la Salud. Cirugía Oncológica en Enfermería. Programa de Actualización y Perfeccionamiento basado en Competencias. Módulo I, Perú, 2008

Pasquel Soto Sheyla. Nivel de Conocimientos de la Enfermeras en Cuidados Postoperatorios de Pacientes Oncológicos del Departamento de Abdomen de los Servicios de Cirugía, Agosto-Diciembre Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2005

Polit Denise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Quinta Edición. Mc Graw Hill Interamericana, 1997

Tarmeño Mori Yraida Dalila. Conocimientos y Actitudes del Personal de Salud hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad del Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma, 2003.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cirugía Urológica. Tomo VI, 2000, Fondo Editorial UNMSM.

Universidad Nacional Mayor se San Marcos. Cirugía de Video Endoscopia Premium Medical. Lima Perú. 2006

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Guía del Capítulo de Urología. Departamento de Cirugía. Lima-Perú, 1997

Velásquez Ochoa Edgard Ivez. La Inmunohistoquímica y su contribución al Pronóstico Histopatológico del Adenocarcinoma de la Glándula Prostática. 2005

Vilca Masías Martha. Nivel de Conocimiento de las Enfermeras sobre el proceso de Atención de Enfermería en el Hospital Hurtado Abadía la Oroya, 2005.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS	PÁGINA
ANEXO A: Operacionalización de la Variable.....	I
ANEXO B: Escala de Calificación de los Jueces Expertos.....	II
ANEXO C: Tabla de Concordancia: Prueba Binomial.....	III
ANEXO D: Consentimiento Informado.....	IV
ANEXO E: Instrumento: Cuestionario.....	V
ANEXO F: Tabla de Matriz Tripartita.....	VIII
ANEXO G: Categorización de la Variable Nivel de Conocimientos.....	IX
ANEXO H: Tabla 2 y Tabla 3.....	X
ANEXO I: Tabla 4 Y Tabla 5.....	XI
ANEXO J: Tabla 6 y Gráfico 2.....	XII
ANEXO K: Tabla 7 y Gráfico 3.....	XIII
ANEXO L: Tabla 8 y Gráfico 4.....	XIV

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

[illegible]

ANEXO B

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimada Licenciada:

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3.	La estructura del instrumento es adecuada			
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6.	Los ítems son claros y entendibles			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Firma del Juez Experto

ANEXO C

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	JUECES								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
6.	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
7.	1	1	0	1	1	0	1	0	0,363

$$P = 0,48 / 8 = 0.06$$

Favorable = 1 (SI)
 Desfavorable = 0 (NO)

Si p es menor a 0.5 el grado de concordancia es significativo; de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez, el resultado es menor de 0.5 por tanto el grado de concordancia es significativo, es decir, el INSTRUMENTO ES VÁLIDO para los jueces.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el servicio de recuperación y sala de operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008”** después de haber sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; así mismo se me explicó que los datos que vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación y tendrán un carácter anónimo y confidencial.

.....
FIRMA

DNI:

ANEXO E

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Estimada colega, el presente cuestionario es parte de un trabajo de investigación y tiene como finalidad determinar los conocimientos que tienen las enfermeras referentes a los cuidados del paciente postoperado de adenomectomía prostática. El objetivo del trabajo es determinar las áreas críticas del conocimiento con el propósito de crear un manual de cuidados con el fin de brindar atención especializada a los pacientes. Agradezco su colaboración y les informo que sus respuestas serán de carácter anónimo y confidencial.

II. INSTRUCCIÓN

A continuación se presentan una serie de preguntas con alternativas, usted debe marcar con un aspa (X) la alternativa que crea correcta, también llenar con letra clara donde corresponda.

III. DATOS GENERALES

1. Edad: de 25 – 30 años () de 31 – 40 años () de 41 - 50 años () más de 51 años ()
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Nivel académico: Licenciado (a) ()
Post grado: Maestría: () en:
Especialidad: () en:
4. Tiempo de servicio en la profesión: De 1 a 5 años () De 6 a 10 años () de 11 a 16 años () Más de 16 años ()
5. Servicio donde labora actualmente: Sala de operaciones () Recuperación ()

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Cómo define al Adenoma de Próstata?

- a) Es el cáncer de la próstata que tiene que ser tratado quirúrgicamente para mejorar el flujo urinario.
- b) Es el tumor benigno común en varones mayores de 50 años y conlleva a la interferencia del flujo urinario.
- c) Es un proceso cuya etiología depende de la edad de los varones y de las hormonas.
- d) Es el proceso benigno que obstruye el trigono vesical en los varones mayores de 50 años.

2. ¿Cuál es la definición de adenomectomía prostática?

- a) Es la intervención quirúrgica que extirpa la próstata para curar el cáncer.
- b) Es la intervención quirúrgica para extraer la totalidad o parte de la glándula prostática.
- c) Es la intervención quirúrgica para extraer toda la próstata, las vesículas seminales y ganglios.
- d) Es la intervención quirúrgica que se realiza en pacientes con cáncer de próstata.

3. ¿Cuáles son las técnicas operatorias más frecuentes para realizar una adenomectomía prostática?

- a) Prostatectomía suprapúbica, RTU, prostatectomía perineal, prostatectomía abierta, prostatectomía retropúbica.
- b) RTU, prostatectomía abierta, prostatectomía perineal, prostatectomía vesical, prostatectomía retropúbica.
- c) Prostatectomía perineal, prostatectomía suprapúbica, prostatectomía lateral, prostatectomía endoscópica.
- d) Prostatectomía transuretral, prostatectomía suprapúbica, prostatectomía retropubica , prostatectomía perineal.

4. Consiste en la apertura de la vejiga y a través de ella extirpar el tumor obstructivo:

- a) Prostatectomía retropúbica.
- b) Prostatectomía transuretral
- c) Prostatectomía suprapúbica
- d) Prostatectomía perineal

5. La irrigación en el paciente postoperado de adenomectomía prostática debe ser:

- a) Intermitente para evitar el taponamiento de la sonda.
- b) Continua para favorecer la disuria.
- c) Intermitente para evitar la hemorragia.
- d) Continua para evitar la formación de coágulos.

6. La solución que se utiliza en la irrigación es:

- a) Agua destilada
- b) Glicina
- c) Suero fisiológico
- d) Dextrosa al 5%

7. La complicación más frecuente de la prostatectomía en el post operatorio inmediato es:

- a) Infección

- b) Distensión abdominal
- c) Obstrucción por coágulos
- d) Hemorragia

8. Son algunos insumos necesarios para instalar la irrigación continua:

- a) Sonda Foley de dos vías, bolsa colectora de orina, frasco de suero fisiológico.
- b) Sonda Foley de tres vías, bolsa colectora de orina, frasco de suero fisiológico.
- c) Sonda Foley de tres vías, bolsa colectora de orina, frasco de Cloruro de Sodio al 9%
- d) Sonda Foley de tres vías, jeringa para coleccionar la orina, frasco de suero fisiológico.

9. Es la primera valoración que realiza la enfermera al paciente postoperado de adenomectomía prostática:

- a) Valoración del sistema de irrigación.
- b) Valoración de signos vitales.
- c) Valoración del sistema neurológico.
- d) Valoración de la permeabilidad de la vía aérea.

10. Al aplicar la valoración en un paciente postoperado de adenomectomía prostática lo hacemos de acuerdo a:

- a) Respuestas humanas dominios, patrones disfuncionales.
- b) Patrones funcionales, dominios, taxonomía.
- c) Dominios, respuestas verbales, respuesta funcional.
- d) Patrones funcionales, respuestas humanas, dominios.

11. Lo más importante en la valoración de enfermería relacionada al sistema de irrigación es:

- a) La distensión abdominal.
- b) La permeabilidad de la sonda vesical.
- c) El tipo de solución que se está irrigando.
- d) El balance hídrico del paciente.

12. Uno de los datos valorados en un paciente postoperado de adenomectomía prostática sería:

- a) Presencia de irrigación vesical permanente, paciente despierto.
- b) Paciente con sonda vesical con presencia de herida.
- c) Presencia de orina hematurica, presencia de irrigación vesical permanente.
- d) Paciente con antecedentes familiares de enfermedad oncológica, presencia de irrigación.

13. Cuando en la Ud. nota obstrucción de la sonda vesical, esto puede producir al paciente:

- a) Distensión abdominal, riesgo de infección, disminución del globo vesical.
- b) Aumento del dolor, aumento del riesgo de hemorragia, globo vesical.
- c) Distensión abdominal, aumento del drenaje vesical hematurico, balance hídrico positivo.
- d) Disminución de la presión arterial, taquicardia, disminución del globo vesical.

14. Es un Diagnóstico de enfermería idóneo para un paciente postoperado inmediato de adenomectomía prostática:

- a) Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdidas sanguíneas, irrigación vesical.
- b) Dolor crónico relacionado a proceso postoperatorio.
- c) Alteración de la integridad física relacionado a traumatismo quirúrgico.
- d) Autoestima deteriorada relacionada a cirugía realizada.

15. Un Diagnóstico Potencial de enfermería más frecuente en un paciente postoperado de adenomectomía será:

- a) Riesgo de aspiración relacionado con estado de consciencia.
- b) Riesgo de infección relacionado con sistema de irrigación vesical.
- c) Riesgo de hemorragia relacionado a obstrucción de sonda vesical.
- d) Riesgo de ansiedad relacionado al ambiente desconocido.

16.Cuál es el primer enunciado del Diagnóstico de enfermería:

“.....relacionado al ambiente quirúrgico desconocido y el pronóstico de la enfermedad”

- a) Ansiedad y dolor
- b) Inquietud y somnolencia
- c) Ansiedad y temor
- d) Temor y miedo

17. ¿Cuál sería su Intervención si un paciente postoperado no elimina diuresis por la sonda vesical?

- a) Realiza el lavado vesical con jeringa de 10ml o 20ml.
- b) Ordeñar la sonda y realizar lavado vesical.
- c) Cambiar la sonda vesical inmediatamente.
- d) Llamar al médico y preparar el equipo para cambio de sonda vesical.

18. Con respecto al manejo de la bolsa colectora:

- a) Se vacía el contenido cuando ha llenado un 100% del volumen para tener un balance exacto.
- b) Se vacía el contenido en el momento que se nota la presencia de coágulos para evitar que se obstruya.

- c) Se vacía el contenido antes que se llene completamente para evitar el reflujo ascendente.
- d) Se vacía el contenido cuando el contenido ha alcanzado los 1000ml para realizar el balance.

19. A la sospecha de hemorragia, Ud. valora:

- a) Temperatura, pulso, estado de consciencia.
- b) Pulso, dolor, presión arterial.
- c) Presión arterial, diuresis, temperatura.
- d) Pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial.

20. ¿En qué momento debe iniciarse la analgesia al paciente quirúrgico de adenoma prostático?

- a) En el intraoperatorio
- b) En el preoperatorio
- c) En el postoperatorio
- d) No se debe usar

21. La característica del drenaje vesical que indican a la enfermera una probable complicación severa es:

- a) Drenaje transparente.
- b) Drenaje hematórico.
- c) Drenaje seroso con coágulos.
- d) Drenaje turbio.

22.Cuál es el Objetivo para el siguiente Diagnóstico de enfermería:

“Alteración del bienestar y dolor relacionado a la de herida operatoria y procedimientos invasivos”:

- a) El paciente referirá dolor sólo en el momento de la inspiración.
- b) El paciente referirá dolor sólo en el momento de la espiración.
- c) El paciente será capaz de referir dolor mínimo durante el post operatorio inmediato; un EVA = 0 – 3.
- d) El paciente será capaz de referir dolor mínimo en el post operatorio inmediato; un EVA = 7 - 10

23. El Objetivo: “El paciente será capaz de referir disminución del dolor”, será medido a través de:

- a) Escala Analógica Visual de 3 a 10
- b) EVA de 0 - 10
- c) Escala de Aldrete de 0 - 10
- d) Escala de Glasgow de 0 a 15

24.Cuál es el enunciado que demuestra que se alcanzó el siguiente Objetivo:

“El paciente disminuirá riesgo de traumatismo durante el post operatorio inmediato”

- a) Paciente no refiere dolor después de ser atendido de flebitis en la zona de la punción.
- b) Paciente refiere no sentir dolor después jalar la sonda vesical al momento de movilizar la pierna.
- c) Paciente presenta piel y mucosa libre de lesiones.
- d) Paciente presenta apósitos secos y limpios en la zona operatoria.

ANEXO F

TABLA DE MATRIZ TRIPARTITA

ITEM	DEFINICION								VALORACIÓN				DIAGNÓSTICO				PLANEAMIENTO INTERVENCIÓN				EVALUACIÓN				TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	19
2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	15
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	18
4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	12
5	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	16
6	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
7	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	13
8	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17
9	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	12
10	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	18
11	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
12	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	12
13	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	13
14	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	16
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	22
16	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	11
17	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16
18	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	15
19	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	14
20	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	17
21	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	12
22	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	12
23	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	19
24	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	20
25	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	15
26	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	9
27	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	15
28	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	14
29	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	14
30	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	12
	23	22	11	19	26	25	15	10	9	13	22	27	22	14	24	23	19	17	20	27	19	17	21	11	456

ANEXO G

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Para realizar la medición de la variable nivel de conocimiento se aplicó la Escala de Estanones aplicando la siguiente forma:

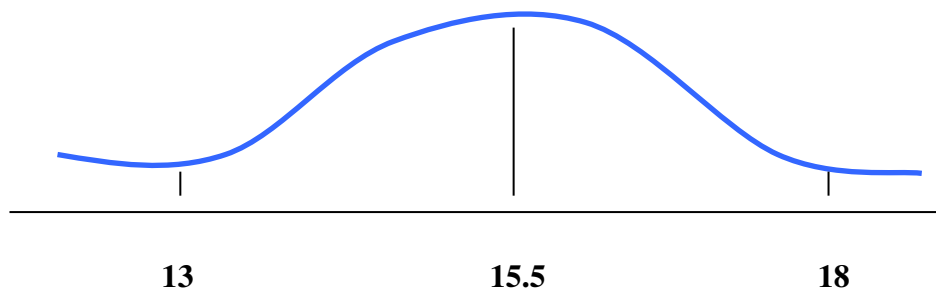
- Promedio de $X = 456 / 30 = 15.2$
- Variancia: $S^2 = 9.7517$
- Desviación Estándar: $S = 3.1228$
- Número de preguntas consideradas: 24
- Número de enfermeras encuestadas: 30

Para mostrar las categorías de la variable conocimiento es necesario usar la **Escala de Estanones**, donde:

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$15.2 - 0.75 (3.1228) = 15.2 - 2.3421 = 12.8579 \approx \mathbf{13}$$

$$b = X + 0.75 (3.1228) = 15.2 + 2.3421 = 17.5421 \approx \mathbf{18}$$



- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| * Conocimiento Alto | : mayor o igual a b | mayor o igual a 18 |
| * Conocimiento Medio | : entre a y b | entre 13 y 18 |
| * Conocimiento Bajo | : menor o igual a a | menor o igual a 13 |

ANEXO H

TABLA N° 2

EDAD DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE
OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

EDAD DE LAS ENFERMERAS	ENFERMERAS	
	N°	%
Más de 51 años	0	0
41 – 50 años	8	27
31 – 40 años	17	57
25 – 30 años	5	16
TOTAL	30	100

TABLA N° 3

NIVEL ACEDÉMICO DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y
SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

NIVEL ACADÉMICO DE LAS ENFERMERAS	ENFERMERAS	
	N°	%
Especialidad	12	40
Maestría	1	3
Licenciado	17	57
TOTAL	30	100

ANEXO I

TABLA N° 4

TIEMPO DE SERVICIO DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y
SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

TIEMPO DE SERVICIO DE LAS ENFERMERAS	ENFERMERAS	
	N°	%
Más de 16 años	2	6
11 - 16 años	8	27
6 – 10 años	11	37
1 – 5 años	9	30
TOTAL	30	100

TABLA N° 5

SERVICIO DONDE LABORAN LAS ENFERMERAS
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

SERVICIO DONDE LABORAN LAS ENFERMERAS	ENFERMERAS	
	N°	%
Sala de operaciones	24	80
Recuperación	6	20
TOTAL	30	100

ANEXO J

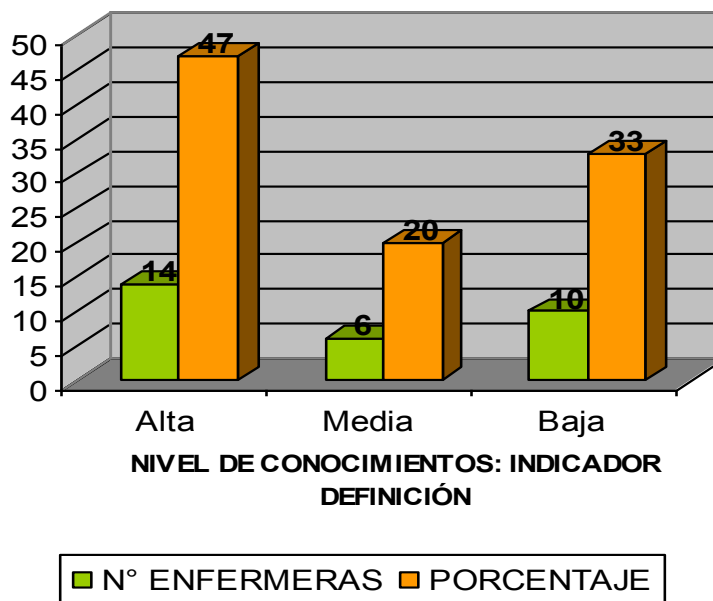
TABLA N° 6

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE
ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA SEGÚN INDICADOR DEFINICIÓN DE LAS ENFERMERAS
DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE
OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

Nivel de Conocimientos Según Indicador Definición	ENFERMERAS	
	N°	%
ALTO	14	47
MEDIO	6	20
BAJO	10	33
TOTAL	30	100

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE
ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA SEGÚN INDICADOR DEFINICIÓN DE LAS ENFERMERAS
DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE
OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008



ANEXO K

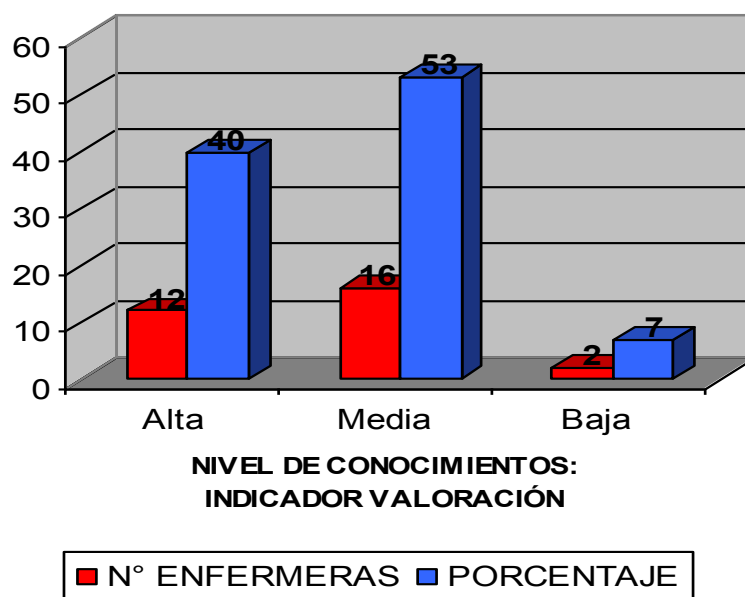
TABLA N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE
ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA SEGÚN INDICADOR VALORACIÓN DE LAS
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE
OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

Nivel de Conocimientos Según Indicador Valoración	ENFERMERAS	
	Nº	%
ALTO	12	40
MEDIO	16	53
BAJO	2	7
TOTAL	30	100

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE
ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA SEGÚN INDICADOR VALORACIÓN DE LAS
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE
OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008



ANEXO L

TABLA N° 8

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE
ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA SEGÚN INDICADOR DIAGNÓSTICO DE LAS
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE
OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

Nivel de Conocimientos Según Indicador Diagnóstico	ENFERMERAS	
	Nº	%
ALTO	4	13
MEDIO	16	54
BAJO	10	33
TOTAL	30	100

GRÁFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE
ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA SEGÚN INDICADOR DIAGNÓSTICO DE LAS
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y SALA DE
OPERACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
NOVIEMBR –DICIEMBRE
LIMA - PERÚ
2008

